

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 — N° 17

DÈS
MANIFESTATIONS DU PALUDISME
SUR LES
ORGANES GLANDULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 26 Septembre 1919

PAR LE

D^r EDOUARD COULLARD-DESCOS

Né à Bourg (Ain) le 2 septembre 1887



LYON
ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE
14, rue Bellecordière, 14

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 — N° 17

DES
MANIFESTATIONS DU PALUDISME
SUR LES
ORGANES GLANDULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 26 Septembre 1919

PAR

EDOUARD COULLARD-DESCOS

Né à Bourg (Ain) le 2 septembre 1887



LYON
ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE
14, rue Bellecordière, 14

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	X.
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN	GARIN	DUROUX.
COMMANDEUR.	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
VORON.	CADE	PIÉRY	chargé des fonctions
NOGIER.	ARLOING (F.)	COTTE	
LATARGET	GUILLEMARD		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r COURMONT

Prof^{rs} agrégés : MM. CADE, SAVY, GARIN

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE ET A MA SOEUR

A MA GRAND-MERE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

*qui a bien voulu nous faire le grand honneur
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
CHARLES GARIN

*qui fut l'inspirateur de cette thèse et dont
l'amitié nous fut précieuse durant la guerre et
cette fin d'études.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGREGES
CADE ET SAVY

qui ont bien voulu faire partie de notre jury.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour, durant la grande guerre, à l'Hôpital militaire de Paludéens, créé en 1917 à Modane, pour l'isolement prophylactique des paludéens rapatriés d'Orient durant l'époque d'activité des moustiques, nous avons pu remarquer nombre de localisations anormales du paludisme secondaire, tant larvé qu'aigu.

Le nombre considérable de malades hospitalisés dans les vastes locaux de la caserne de Modane-Loutraz nous permit de suivre, dans de bonnes conditions scientifiques, quelques-unes de ces manifestations malariques.

Nous publiâmes alors sous l'inspiration du Professeur agrégé Garin, à cette époque médecin-chef de la formation et en collaboration avec lui, quelques observations de mammite paludéenne, quelques notes sur l'herpès critique paludéen et nous avons participé aux recherches de Garin et Sarrouy, sur le syndrome surrénal au cours du paludisme.

Il nous paraît intéressant pour notre thèse inaugurale, de rechercher où en est actuellement la question de ces localisations glandulaires anormales au cours du palu-

disme et, plus particulièrement, au sujet des glandes vasculaires. Nous passerons successivement en revue : Testicule et ovaire, thymus, corps thyroïde et parathyroïdes, pancréas, ganglions lymphatiques, hypophyse, glandes surrénales, glandes mammaires, glandes salivaires, glandes cutanées, glandes lacrymales. Nous laisserons de côté le foie et la rate, leur pathologie au cours du paludisme ayant été, ces dernières années, maintes fois et excellemment traitée.

Nous étudierons dans une première partie, les manifestations du paludisme sur les organes glandulaires internes ; dans la seconde, ces manifestations sur les glandes d'origine ectodermique, nous y ajouterons quelques manifestations pluriglandulaires. Viendront ensuite nos conclusions.

Qu'il nous soit permis à la fin de cette introduction, de remercier l'inspirateur de notre thèse, le Professeur agrégé Garin qui, par ses conseils précieux et sa maïeutique obligeante, nous a permis de mener ce travail à ses fins.

Qu'il nous soit permis, en Bressan que nous sommes, de remercier certains auteurs Bressans qui se sont occupés du paludisme des Dombes et nous donnèrent des renseignements qui nous furent très utiles, ainsi M. le D^r Servas (1), de Bourg et M. l'abbé Descotes (2), ex-curé de Meillonas.

(1) D^r SERVAS. — Les étangs de la Dombes et le Paludisme. Bourg, 1907.

(2) Abbé G. DESCOTES. — La Dombes d'étang est-elle insalubre ? *Bulletin de la Société Gorini*. Bourg, juillet 1909.

PREMIÈRE PARTIE

GLANDES VASCULAIRES INTERNES

I. — *Glandes génitales.*

II. — *Corps thyroïde et parathyroïde.*

III. — *Ganglions lymphatiques et organes lymphoïdes.*

IV. — *Glandes surrénales.*

V. — *Thymus. Pancréas. Hypophyse.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Manifestations du Paludisme sur les glandes génitales

Les manifestations du paludisme sur le testicule et l'épididyme peuvent se voir à toutes les périodes de la maladie, mais on les voit surtout à la période primaire.

Au cours de l'expédition d'Orient, il fut donné de voir très fréquemment des soldats atteints brusquement, dès le premier jour, de la période fébrile du gonflement douloureux d'un des testicules, gonflement qui débute en général par l'épididyme mais qui, le plus souvent, s'étend par la suite, à la glande elle-même. Ces phénomènes congestifs et douloureux observés (1) chez des soldats privés depuis longtemps de tout contact féminin, en dehors de

(1) Charles GARIN. — Communication orale.

tout écoulement urétral, concomitant, ne peuvent être rapportés qu'au paludisme.

En général, ces phénomènes sont passagers et disparaissent avec la température sous l'influence du traitement spécifique.

Pendant la période secondaire du paludisme, les cas d'orchite paraissent beaucoup plus rares et on ne les voit qu'à l'occasion d'un accès.

Nous n'en avons ni vu ni observé dans la littérature qui se soient manifestés en dehors de périodes fébriles et qui soient dus au paludisme.

Catrin (Paludisme chronique, p. 232 à 238) qui a fait une bonne revue des cas d'orchite palustre signalés par les auteurs comme Girerd, Drago, Maurel, Bertholon, Schmidt, Malinas, Charvot conclut aussi à l'exceptionnelle rareté à la période secondaire du paludisme de ces orchites en dehors des périodes de sporulation de l'héματοzoaire.

De même Magnani (1), qui relate comme un fait peu habituel, cinq observations d'orchites palustres recueillies à l'hôpital de Pavie en 1887.

Castellan (2) nous signale aussi lors d'accès chez des paludéens secondaires, douze cas d'orchites nettement palustres. Le diagnostic différentiel y a été fait de remarquable façon clinique avec les autres variétés d'orchites, en l'absence, malheureusement, de bactériologie alors inexistante.

(1) MAGNANI. — *Gazette Médicale Lombarde Italienne*, 1887, cité par Catrin, p. 232, 1887.

(2) CASTELLAN. — *Thèse de Montpellier*, 1887, n° 63. Trois observations.

Certains auteurs de l'époque en étaient même amenés à affirmer la nature paludique d'écoulements uréthraux concomitants.

Grall et Marchoux admettent les orchites paludéennes sous certaines réserves de diagnostic différentiel (1).

Laveran (2) qui résume la description clinique du D^r Charvot, est assez réservé sur l'existence de ces orchites qu'il admet en demandant la recherche de l'hématozoaire dans le sang au moment de la poussée (ce qui, depuis, a été fait avec succès).

Il infirme aussi comme critérium la guérison de cette affection par la quinine, l'orchite ourlienne s'en étant bien trouvée dans nombre de cas.

Il remarque même, à ce sujet, que la plupart des cas d'orchites palustres ont été publiés par des médecins militaires, dans les services desquels les cas d'oreillons sont toujours très nombreux.

Nous-mêmes, concluons aussi à la rareté de cette affection, en regrettant que les hasards de la vie militaire durant cette guerre, ne nous aient pas permis de conserver les observations de plusieurs cas d'orchites nettement palustres que nous avons eu l'occasion d'observer avec le Professeur Garin, à l'Hôpital de Modane-Loutraz.

Lassabatie, dans sa thèse, en a rassemblé un certain nombre d'observations, mais l'étiologie palustre y est infirmée du fait que nombre de ces orchites y sont accom-

(1) GRALL et MARCHOUX. — Traité de pathologie exotique, 1910, p. 378.

(2) LAVERAN. — Traité du paludisme, 1898, page 214 et suiv. — Du même auteur : Paludisme et trypanosomiase dans Traité de Médecine Brouardel et Gilbert, Baillière 1914, page 56.

pagnées d'urétrites et de pertes séminales. Peut-être cependant, ces dernières pourraient-elles être mises sur le compte d'une localisation paludique sur la prostate ?

Cet auteur a bien noté la coïncidence avec les jours d'accès et l'amendement des symptômes par la quinine (1).

Quant aux manifestations du paludisme sur les organes génitaux femelles, rares sont les observations où elles sont signalées.

On trouve quelques symptômes d'ovarites dans les douleurs abdominales de nombre de femmes paludiques. Dans les Dombes, avant le dessèchement des étangs, les douleurs ovariennes étaient fréquentes et désignées par les auteurs de cette région sous les noms vagues de « viscéralgies » et de coliques sèches. De même, la stérilité féminine a diminué d'intensité avec la diminution du paludisme.

Nous ne nous arrêterons pas aux leucorrhées citées par quelques auteurs, mais ce que nous retrouvons noté souvent parmi les symptômes du paludisme chronique ou cachectique, c'est la stérilité des femmes paludiques.

Patrick Manson (2) la signale dans son traité.

Jeanselme et Rist signalent la fréquence des avortements de la stérilité chez la femme. « Les enfants paludiques arrivés à l'âge adulte sont inaptes à se reproduire. » (Jeanselme) (3).

Il semble que, sur les glandes femelles, le processus

(1) LASSABATIE. — *Thèse de Bordeaux*, 1887.

(2) PATRICK MANSON. — *Traduction Française*, 1904, page 120.

(3) JEANSELME et RIST. — *Précis de Pathologie exotique*, 1909, pages 54-55.

inflammatoire soit moins aigu que sur la glande mâle ;
qué, sous son influence, les lésions passent plus vite à la
chronicité et, de là, à la sclérose. Si elles paraissent moins
acerbes, le pronostic éloigné en semble moins bénin en
ce qui concerne les fonctions reproductrices.

Pathogénie. — La pathogénie de ces manifestations
génitales de la malaria est obscure, car il n'y a pas d'au-
topsie à l'appui. Il s'agit probablement de ce qui se passe
au cours du paludisme dans les différents viscères, c'est-
à-dire une série de phénomènes congestifs sous l'in-
fluence des toxines paludéennes mises en liberté au
moment des accès. On pourrait invoquer aussi des embo-
lies vasculaires par les parasites comme on en trouve par-
fois au niveau de l'encéphale et des glandes surrénales.

Pour les mêmes raisons, nous n'avons aucun rensei-
gnement sur l'anatomie pathologique de ces lésions.

Symptômes. — Les symptômes de l'orchite palustre
sont à peu près les mêmes à la période primaire ou à la
période secondaire du paludisme ; ces deux variétés ne
différant que par leur rareté, très grande dans cette der-
nière période.

C'est une orchite vraie avec gonflement considérable
du testicule qui peut être parfois doublé ou triplé de vo-
lume. La lésion est le plus souvent unilatérale.

L'épididyme par lequel commence en général l'affec-
tion est lui-même très gonflé, en cimier de casque, dur
et douloureux. Le canal déférent est moniliforme (1).

(1) LE DANTEC. — *Précis de Pathologie exotique*, lit. de thèse de
Drago, pages 540-542.

A l'inspection, le scrotum est rouge, œdématisé, déplié et pendant, à cause de la perte de tonicité du dartos et du cremaster.

A la palpation, qui est douloureuse, on constate de suite la prédominance des lésions sur l'épididyme dont la queue, le corps et la tête sont également gonflés ; le testicule est lui-même très augmenté de volume et douloureux. La vaginale est aussi enflammée sans cependant qu'il y ait d'épanchement notable. Le toucher rectal n'a été, malheureusement, pratiqué ni par nous, ni par les différents observateurs, du moins ils ne le relatent pas dans leurs travaux et observations.

La douleur très vive lors des accès fébriles est modérée en dehors de ces périodes, de même la température n'est élevée que lors de l'accès et cède, en même temps que lui, au traitement spécifique.

Pronostic et évolution. — L'orchite palustre est une affection bénigne. Il n'existe pas dans la littérature, ni dans ce que nous avons vu nous-mêmes de cas de stérilité ou d'atrophie consécutive. Elle n'évolue jamais vers la chronicité ou la suppuration.

Les récidives peuvent se produire à la période secondaire ainsi que nous l'avons mentionné, mais à notre avis, c'est une nouvelle affection explicable chaque fois par la recrudescence de l'infection palustre à chaque nouvel accès.

Diagnostic. — La notion étiologique et les symptômes concomitants éclaireront le diagnostic des orchites aiguës d'origine infectieuse (ourlienne, rhumatismale, blennorrhagique, syphilitique, tuberculeuse), de même un

traumatisme ou des habitudes de masturbation chez le malade.

On remarquera que l'orchite blennorrhagique n'existe presque toujours qu'avec un écoulement concomitant plus ou moins abondant, mais toujours réel, dans lequel l'examen bactériologique révélera le gonococcoque.

L'orchite bacillaire vraie, avec sa marche subaiguë, insidieuse, le gros volume et les bosselures de l'épididyme, les ganglions inguinaux et surtout son état stationnaire pendant plusieurs semaines avec des poussées successives jusqu'à suppuration, ne présente aucune difficulté diagnostique.

Moins simples sont les formes à début aigu ou les poussées inflammatoires développées autour d'un noyau tuberculeux même minime.

On pourrait songer aussi à l'orchépididymite syphilitique, mais objectivement le noyau enchassé dans l'épididyme, le testicule en galet, l'indolence et le manque absolu de réaction fébrile ne permettront pas de s'y arrêter.

Pour l'orchite due à la filaire, l'examen du sang tranchera la question, de même que la durée si courte de l'orchite palustre.

En résumé, l'orchite paludique se distingue des autres variétés par le peu d'intensité des douleurs en dehors des accès fébriles, par une tension peut-être un peu moins marquée, par le volume habituellement assez considérable que prend la glande, par sa localisation fréquente au niveau de l'épididyme. La résolution est moins traînante que dans les variétés blennorrhagique et traumatique, le pronostic éloigné plus favorable.

Traitement. — On s'adressera donc à la quinine et aux arsenicaux, traitement pierre de touche des accidents palustres. Localement, on se trouvera bien de la compression légère par suspensoir ouaté et du relèvement des bourses par une planchette. Quelques onctions belladonnées agiront sur l'élément douleur.

OBSERVATION I

(empruntée à la thèse du D^r Castellan).

ORCHITE RÉCIDIVANTE CHEZ UN ENFANT PALUDÉEN (1).

G... est un enfant de 13 ans, son âge le met à l'abri de tout antécédent blennorrhagique ; il habite avec sa famille, non loin de Toulon, un quartier aux alentours duquel les marais sont nombreux.

Il a passé une grande partie de la matinée à chasser au milieu des étangs et a vu survenir, quelques jours après le 7 mai 1886, un gonflement du testicule gauche. La glande est assez volumineuse ; elle est dure mais a conservé sa forme normale ; légère douleur s'irradiant le long du cordon.

8 mai. — Le gonflement n'a ni augmenté, ni diminué. Le traitement habituel est conseillé. Onction mercurielle belladonnée, suspensoir, repos.

9 mai. — Pas d'amélioration. Continuation du même traitement.

10 mai. — L'enfant a voulu marcher ; il y eut une légère augmentation de volume du testicule gauche ; le testicule droit semble aussi avoir augmenté. Traitement par le sulfate de quinine : 0.25.

11 mai. — Amélioration sensible. Tension moins marquée ; le sulfate de quinine est continué à la même dose.

12 mai. — L'amélioration persiste ; diminution marquée du testicule gauche ; le droit a repris son volume normal. Le sulfate de quinine est encore administré à la dose de 0.15.

13 mai. — Guérison.

Environ un mois après, l'enfant se présente de nouveau pour la même affection. La famille indique que l'enfant avait, quelques jours auparavant, couru pendant plusieurs heures dans les marais. Le sulfate de quinine est conseillé et donné au malade pendant 3 jours, à la dose de 0.20.

(1) Observation VIII, page 25. *Thèse Castellan*, Montpellier, 1887.

L'amélioration s'est montrée dès la première prise du médicament ; le malade était complètement rétabli dès le quatrième jour.

OBSERVATION II

(empruntée à la thèse du D^r Castellan).

ORCHITE DOUBLE CHEZ UN PALUDÉEN (1)

P... est pilote à la Guyane. Il habite cette colonie depuis plusieurs années. A eu de fréquents accès de fièvre paludéenne. Se présente à la visite avec une orchite double qui remonte déjà à plusieurs jours et que le malade dit avoir traité lui-même par le repos, la pommade belladonnée, suspensoir.

Le volume des deux glandes est considérable ; elles ont chacune la grosseur de la moitié d'un poing. La douleur n'est pas très vive ; mais il y a de la rougeur et la marche est gênée, presque impossible.

Le malade n'a pas été soigné à bord pour blennorrhagie et son métier ne l'a pas obligé, dans les derniers temps, à exécuter des travaux pénibles. Pendant six jours, repos, pommade belladonnée, suspensoir, 0.60 sulfate de quinine.

Au bout de ce temps, l'amélioration était sensible, les testicules avaient notablement diminué de volume.

OBSERVATION III

(empruntée à la thèse du D^r Castellan).

ORCHITE GAUCHE CHEZ UN PALUDÉEN (2)

M. X..., employé dans une administration à terre, habite la Guyane depuis près de trois ans.

Il a ressenti, il y a quatre jours, une douleur très vive dans le testicule gauche. Il y a de l'œdème des bourses ; on sent à travers les enveloppes, une induration de tout l'épididyme ; la pression n'occasionne pas de douleur bien aiguë.

Traitement pendant huit jours : repos, sulfate de quinine, 0.50. La guérison n'a été complète que le 14^e jour. Le malade n'avait pris du sulfate de quinine que quatre jours après le début de l'affection.

Du reste, pas d'antécédent blennorrhagique, pas de traumastisme.

(1) Observation IV de la thèse de Castellan, page 28.

(2) Observation VI de la thèse de Castellan, p. 24

CHAPITRE II

Manifestations du paludisme sur le corps thyroïde et les glandes parathyroïdes

Le corps thyroïde et, nous le verrons plus loin, les parathyroïdes sont le siège, eux aussi, de manifestations palustres.

Le fait paraît admis de tous. Lyot, dans son traité des maladies du corps thyroïde, en énumérant les différentes thyroïdites secondaires, comprend la thyroïdite paludéenne.

Personnellement nous n'en avons pas observé de cas, mais, dans la thèse de Castellan, nous retrouvons plusieurs observations très probantes au sujet de l'origine palustre de cette complication.

Zezas a, lui aussi, obtenu par la quinine de très bons résultats dans des cas de thyroïdites palustres.

Pathogénie. — La congestion qui, à propos du corps thyroïde, mérite une mention toute spéciale, peut être invoquée comme cause de ces thyroïdites, mais les embolies pigmentaires ou, plutôt semble-t-il, parasitaires,

semblent jouer un rôle plus actif dans la pathogénie de ces inflammations du corps thyroïde.

Cette théorie des embolies et, plus particulièrement, des embolies parasitaires, expliquerait le peu de durée de cette affection et surtout la disparition rapide de tumeurs aussi volumineuses que celles citées par Castellan sous l'influence du traitement spécifique.

Nous ne pouvons nous baser, pour cette pathogénie comme pour l'anatomie pathologique de cette lésion, que sur ces théories car étant donnée la bénignité de cette affection, il n'y a pas d'autopsie connue.

Symptômes et évolution. — La **thyroïdite palustre** a un début brusque. Les phénomènes initiaux consistent dans une douleur sourde dans les régions que nous verrons plus tard s'hyperhémier, puis la congestion s'établit, la douleur est vive et persiste un jour ou deux avec exacerbation au moment des accès, puis disparaît en même temps que la congestion et que la fièvre de l'accès.

A l'inspection, le gonflement de la glande est assez considérable. Dans l'un des cas cités par Castellan, la tumeur s'étendait sur les côtés jusqu'aux bords antérieurs des sterno-cleido-mastoïdiens et descendait jusqu'à un centimètre au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum. Cette grosse tumeur disparut, d'ailleurs, en six jours par la quinine.

La peau, au niveau de la tuméfaction thyroïdienne, est légèrement rouge et tendue, mais la température locale n'est pas élevée. Peu ou pas de troubles de compression, à peine un peu de dysphagie et de gêne à la déglutition.

Jamais ces thyroïdites n'arrivent à la suppuration

comme nombre d'autres thyroïdites secondaires (thyroïdites posttyphiques, etc.) ; elles ont, au contraire, une tendance à la rapide résolution.

Castellan ne parle pas du pronostic éloigné, mais une observation personnelle, qu'on trouvera à la fin de ce chapitre, d'un syndrome de Quincke chez un ancien paludéen qui, au cours des premières années de son paludisme, avait présenté de la congestion du corps thyroïde pourrait, à notre avis, faire réserver ce pronostic.

Diagnostic. — On pourra éliminer du fait du diagnostique de la maladie en cours, les thyroïdites secondaires infectieuses dont la marche, d'ailleurs, est plus rapide et a plus de tendance à la suppuration.

De même, certaines congestions du corps thyroïde dues à la puberté, la menstruation, la défloration, la lactation. Le malade nous fixera sur l'existence d'un goître antérieur.

Traitement. — La quinine, les arsénicaux donneront des résultats excellents. Disparition rapide de la tumeur même volumineuse et cela, à faible dose, puisque 0.75 de sulfate de quinine ont suffi à Castellan pour la faire disparaître ; au besoin, un peu d'opothérapie thyroïdienne.

OBSERVATION IV

(empruntée à la thèse du Dr Castellan).

CONGESTION DU CORPS THYROÏDE CHEZ UN PALUDÉEN (1).

C..., matelot de pont, a presque un an de séjour à la Guyane. En octobre 1881, il a eu un accès de fièvre paludéenne, à Saint-Laurent-du-Maroni.

(1) Observation XV de la thèse de Castellan, page 31.

Cet homme a été traité à l'infirmierie du bord et, pendant quatre mois, n'a plus eu aucun accès.

Dans le mois de janvier, il est de nouveau atteint par la fièvre.

24 janvier. — Courbature générale. Céphalalgie. Teinte subictérique. Temp. le matin, 38,3. Administration d'un purgatif salin. Le soir, accès de fièvre avec frissons prolongés.

25 janvier. — Nuir mauvaise, agitée et sans sommeil, mais il y a apyrexie le matin. T. 37,5. Extrait de quinquina, 4 gr. ; sulfate de quinine, 1 gramme.

26 janvier. — Dans l'après-midi, nouvel accès de fièvre ; le malade avait pris le matin 1 gr. de sulfate de quinine.

27 janvier. — Apyrexie à peu près complète. T. 37,8.

29 janvier. — Nuit bonne. La température du matin est normale, 37,6, mais le malade se plaint de gêne et de douleurs dans les parties latérales du cou chaque fois qu'il fait un mouvement de tête. Le soir, les douleurs ont augmenté d'intensité et l'on constate, au niveau de la région sous-hyoïdienne une intumescence qui descend jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum.

La tumeur est bilatérale, dure, monte et descend quand le malade fait un mouvement de déglutition. Coloration à peu près normale de la peau ; pas de phénomène fébrile.

Traitement : onction à la pommade belladonnée, sulfate de quinine, 1 gr.

30 janvier. — Pas de fièvre ; la tumeur a le même volume, les douleurs sont moins vives, pas de phénomènes généraux. Mêmes prescriptions. La tumeur conserve encore le même volume ces deux jours suivants, puis s'efface peu à peu. Le 4 février, il n'en reste plus aucune trace. Le sulfate de quinine a été prescrit jusqu'à la guérison.

Réflexions. — Les raisons qui nous font croire à l'origine palustre de cette poussée congestive de la glande thyroïde sont les suivantes : 1° Le malade affirme n'avoir jamais vu de goître dans son pays ; 2° Si l'on considère l'époque d'apparition des accès, on voit qu'ils affectaient le type tierce ; accès le 24, apyrexie le 25, accès le 26, apyrexie le 27. Puis le 28, jour d'accès ; celui-ci est remplacé par une congestion de la glande thyroïde ; 3° Enfin, la maladie a cédé facilement à l'usage du sulfate de quinine.

OBSERVATION V

(empruntée à la thèse du D^r Castellan).

CONGESTION DU CORPS THYROÏDE CHEZ UN PALUDÉEN (1)

B..., 23 ans, matelot, quinze mois de séjour à la Guyane. A eu quelques accès de fièvre légers. Au mois de mars 1881, il a un accès un peu plus intense que les précédents, qui commence par les phénomènes ordinaires, céphalalgie, courbature, puis se termine par les frissons et les sueurs.

Pendant la nuit, survient un gonflement de la partie antérieure du cou ; la partie tuméfiée est dure, assez douloureuse ; la tumeur est bilatérale, s'étend sur les côtés jusqu'aux bords antérieurs des sterno-mastoidiens et descend jusqu'à un centimètre ou deux environ au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum.

Le surlendemain, il y a apyrexie et la tumeur disparaît progressivement ; quatre jours après, il n'en reste plus trace.

Après l'accès de fièvre qui a été le début de la maladie, la température est restée toujours normale.

Le sulfate de quinine a été donné tous les jours à la dose de 0.75 jusqu'à guérison complète.

PARATHYROÏDES

Peut-être quelques phénomènes convulsifs observés chez des paludéens secondaires sont-ils des manifestations palustres dues à une lésion des parathyroïdes, mais on ne peut le dire d'une façon certaine (Profes^r Garin, Communication orale).

Un épisode de notre observation d'un syndrome de Quinke chez un paludéen, pourrait le faire supposer aussi. Il s'agissait, chez ce malade, d'une véritable crise de tétanie survenue brusquement en pleine promenade à bicyclette ; la main d'accoucheur, la contracture considérable et progressivement généralisée, le trismus, le peu

(1) Observation XVI de la thèse de Castellan, p. 33.

de durée de l'accès, le manque de perte de connaissance sont en faveur de la tétanie qui paraît liée, d'après les théories actuelles, à une autointoxication d'origine parathyroïdienne.

Voici le résumé de cette observation :

OBSERVATION V

(personnelle).

SYNDROME DE QUINCKE CHEZ UN ANCIEN PALUDÉEN AYANT PRÉSENTÉ DE LA CONGESTION INTERMITTENTE DU CORPS THYROÏDE. — CRISE DE TÉTANIE CHEZ LE MÊME MALADE.

D..., 57 ans. Profession libérale. Dombiste.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts d'affections indéterminées ; un frère bien portant.

Antécédents personnels : Rien à signaler dans la première enfance. Vers les 13 ans, paludisme avec accès à type tierce.

Pendant les premières années du paludisme, congestions récidivantes du corps thyroïde. Le malade parle d'un goître à poussées successives. Traité par la quinine, une alimentation reconstituante et localement par une pommade iodurée, le malade vit s'atténuer son goître et ses accès fébriles.

Jusqu'à 30 ans, peu ou pas de manifestations palustres, mais névralgies, troubles subjectifs du côté des organes des sens et de la digestion.

Le malade que sa profession appelle à habiter la Dombes d'étang-voit, au bout de six mois d'habitation, ses malaises augmenter. Il semble qu'il ne tolère plus la quinine qui lui amène des troubles nerveux du côté des membres inférieurs (anesthésies, fourmillements, engourdissements, insensibilité plantaire) qui peuvent aussi être mises sur le compte de névrites palustres. Il a, en même temps, souvent des frissons, des vertiges, mais il ne peut dire s'ils sont périodiques.

Vers 40 ans, apparition d'un syndrome de Quincke, caractérisé par des œdèmes fugaces sans localisations constantes, non prurigineux, très étendus, simultanément multiloculaires, survenant brusquement sans causes appréciables.

Chez notre malade, l'œdème apparaissait en un ou plusieurs points du corps simultanément, puis capricieusement passait aux endroits

les plus variés, pour disparaître enfin en une huitaine de jours. Suivaient quelques jours de calme, puis, de nouveau, apparition brusque d'œdèmes nouveaux et qui suivaient un processus analogue.

J'ai eu l'occasion de voir un de ces accès œdémateux portant sur la verge et le scrotum. Le fourreau et le prépuce étaient quintuplés de volume, de même que les bourses, ce qui donnait aux organes génitaux l'aspect bien connu de photographies de cas de filariose génitale.

Cet œdème était rouge violacé, lisse et sans élévation locale de température.

La température générale du malade était un peu surélevée, mais sans hyperthermie vraie.

Les urines ne contenaient et n'ont jamais contenu ni sucre, ni albumine.

Cet œdème passa le jour suivant à la main, puis au bras droit, ensuite aux lèvres et aux joues, puis disparut.

Environ quinze jours après, répétition des œdèmes, mais avec d'autres localisations.

A cette époque, le malade prenait des extraits opothérapiques de glande thyroïde et s'en trouva d'abord fort bien (près de deux mois sans grands œdèmes), mais sous l'influence du désir de guérir plus vite, en étant arrivé à tripler et quadrupler les doses d'extrait, il en vint rapidement à une véritable cachexie thyroïdienne qui disparut avec le retour à des doses raisonnables.

C'est ici que prend place un symptôme d'une nature différente.

En 1913, je fus appelé d'urgence auprès du malade qui, lors d'une course à bicyclette, s'était arrêté brusquement, était tombé à terre et, après quelques mouvements convulsifs, avait présenté une raideur progressive de tout le corps.

A l'examen, le malade était contracturé, les dents serrées, la nuque raide, les bras contracturés en demi-flexion, les doigts des deux mains imbriqués en cône, donnaient l'aspect classique de la « main d'accoucheur » ; les sterno-cleido-mastoïdiens étaient durs et rétractés. La perte de connaissance n'était pas complète, le malade ayant conscience de l'examen que je pratiquais.

Pas d'écume aux lèvres, pas d'émission involontaire d'urines ou de matières.

Au bout d'une demi-heure, ces symptômes avaient disparu et le lendemain, le malade se portait bien.

Ce fut le seul accès convulsif que présenta ce malade.

Pendant la guerre, je n'ai pu suivre l'évolution de la maladie, mais M. D... ayant changé de région, vit ses œdèmes et ses troubles nerveux diminuer d'intensité.

Actuellement et à de rares intervalles, il présente quelquefois une plaque oedémateuse, mais très petite et de courte durée.

Réflexions. — Ne pourrait-on admettre que chez cet ancien paludéen, les lésions anciennes du corps thyroïde touché au début de la maladie ont, par la suite, déterminé ce trophœdème de Quincke à rapprocher par bien des ressemblances des urticaires géants ou éruptions diverses si fréquentes dans le paludisme ?

Quant à la crise qui me paraît être un accès de tétanie, ne pourrait-elle pas être mise sur le compte d'une lésion des parathyroïdes de même origine ?

CHAPITRE III

Manifestations du paludisme sur les ganglions lymphatiques et les organes lymphoïdes

Nous passerons sous silence, bien que faisant partie de ce chapitre, les manifestations du Paludisme sur la rate, la question ayant été ces dernières années maintes fois et excellemment traitée.

On retrouve dans la littérature du paludisme colonial, d'assez nombreux cas d'adénites, bubons d'emblée, tumeurs ganglionnaires coïncidant ou non avec des accès fébriles. Il est assez difficile, étant donnée la multiplicité des affections coloniales parasitaires accompagnées d'adénites, de se faire une opinion exacte, d'autant plus que Laveran (1) avec sa grande autorité, dit dans son traité : « Jamais les ganglions lymphatiques ne se tuméfient dans le paludisme, jamais les réseaux lymphatiques ne s'engorgent.

Cependant Le Dantec (2) cite des cas d'adénites palustres : Ce sont les cas observés par Blanc en Chine, au Japon par Scheube, à Saïgon en 1882 par Jouet (12 cas). C'étaient de volumineuses tumeurs suivant dans leur évo-

(1) LAVERAN. — *Traité du Paludisme*, 1898, p. 274.

(2) LE DANTEC. — *Précis de Pathologie exotique*.

lution; la courbe fébrile du paludisme du porteur, tumeurs pouvant ou non suppurer.

De même, Grall et Marchoux (p. 378) citent le rapport écrit de Gouzien : « On constate au Soudan des adénites notoirement d'origine palustre, presque exclusivement inguinales, de proportions considérables (orange, tête de fœtus) ».

L'observation de Reiber : Fièvre tierce chez un berger de 19 ans. Le premier accès est accompagné d'un bubon qui disparut en même temps que la fièvre.

Lesueur, Florent voient des adénites ganglionnaires unilatérales chez des paludéens, sans retrouver aucune autre étiologie possible. Ces adénites précèdent l'accès de 24 à 48 heures et alors sont indolentes ; elles ne deviennent douloureuses que lors de l'apparition de la fièvre.

Une communication à la Société médicale de Paris, par M. Fernet (1), le 13 janvier 1905, nous fait connaître cinq cas de lymphomes d'origine palustre et trois cas qu'il doit à MM. Legendre, Caussade et Lesné.

Quant aux manifestations palustres sur les organes lymphoïdes, Tartenson (2), cite une curieuse observation de fièvre larvée amygdalienne où des poussées amygdaliennes périodiques coïncidant avec de la fièvre, furent guéries par de la quinine.

Toutes ces observations de la littérature sont intéressantes mais, pour nous, avec M. Laveran, nous n'admettons pas ces lésions du réseau lymphatique.

Jamais le Dr Garin, durant la campagne de Macédoine,

(1) M. FERNET. — *Communication à la Société Médicale de Paris*, 13 janvier 1905.

(2) TARTENSON. — *Traité clinique des fièvres larvées*, 1887.

n'en a rencontré chez les paludéens primaires, jamais nous n'en avons rencontré un seul cas sur plus d'un millier de paludéens traités à l'Hôpital de Modane.

Par contre, nous partagerions¹ volontiers l'opinion de M. Corre (1), qui admet qu'aux pays chauds, il existe une prédisposition spéciale du système lymphatique qu'il appelle « lymphatexie », et sous l'influence de laquelle apparaissent, au cours de toutes les maladies infectieuses coloniales, de multiples adénites.

Il n'admet donc la malaria que comme adjuvant de cette lymphatexie dans la genèse des manifestations ganglionnaires qu'il décrit.

La leucocytose très marquée (2) à certains moments du paludisme et même de l'accès, ainsi qu'il résulte de nombreuses formules leucocytaires prises chez le même malade à différents instants de son affection, montre que le système lymphatique réagit, mais cette réaction n'est pas ce que l'on pourrait préjuger en présence d'une infection aussi généralisée que le paludisme ; en réalité, tout se passe dans la rate et dans la moelle osseuse.

Anatomie pathologique. — Grall et Marchoux (3) décrivent ainsi les lésions des ganglions lymphatiques au cours du paludisme primaire : « Lésions mal étudiées consistant dans l'augmentation du volume de l'organe, l'augmentation de consistance et de volume des appareils sécrétoires avec congestion et piqueté hémorragique des membranes d'enveloppe ».

(1) M. CORRE, cité par CATRIN. — *In* Paludisme chronique, p. 238.

(2) *Travail du Laboratoire de Modane*. 1917. Non publié.

(3) GRALL et MARCHOUX. — *Traité de Pathologie exotique*, 1910, p. 424.

De leur côté, Jeanselme et Rist (1) nous disent que les ganglions lymphatiques offrent, à la coupe, la teinte ardoisée, grisâtre, caractéristique du paludisme. Nous remarquerons, à ce sujet, qu'à la coupe, tous les organes, lésés ou non, offrent chez les paludéens la même teinte grisâtre due aux pigments divers charriés par le sang.

Symptômes et évolution de l'adénite palustre. — Voici la description donnée par les auteurs coloniaux : Ce sont des adénites souvent volumineuses, survenant un jour ou deux avant l'accès et, à ce moment, indolores. Dès l'apparition de la fièvre, la douleur devient assez vive et le ganglion augmente de volume. Puis tout rentre dans l'ordre, à moins que, par une infection secondaire, l'adénite ne se mette à suppurer.

Diagnostic. — Il sera très délicat, surtout aux pays chauds où tant de parasites excitent le système lymphatique à réagir et où presque tous les habitants sont paludéens.

Traitement. — Ce qu'on peut, en somme, retenir, c'est la disparition, par la quinine, de volumineuses tumeurs ganglionnaires. La quinine paraît agir ici à la façon du mercure donné à un pneumonique au cours d'une syphilis. La maladie intercurrente se trouve bien du traitement général. La quinine améliore toute manifestation morbide chez un paludéen.

(1) JEANSELME et RIST. — *Précis de Pathologie exotique*, 1909, p. 58.

CHAPITRE IV

Manifestations du paludisme sur les glandes surrénales

Que ce soit à la période primaire, à la période secondaire ou lors de la cachexie paludéenne, les glandes surrénales sont touchées avec une fréquence que les campagnes des Dardanelles et de Salonique ont permis de mettre en évidence.

Grall avait pressenti l'intérêt de la lésion : « L'asthénie, dit-il, prend une telle importance dans le paludisme, qu'elle apparaît et évolue comme dans la forme pure de l'insuffisance surrénale ». Mais ce n'est guère que depuis ces dernières années, qu'on a étudié d'une façon complète ces lésions et le syndrome clinique qu'elles engendrent.

MM. Paiseau et Lemaire, auxquels nous aurons fréquemment recours dans ce chapitre, ont présenté, dans la *Gazette Médicale des Hôpitaux de Paris*, dans le courant d'octobre 1916, un certain nombre d'autopsies de malades morts d'accès pernicieux. Toujours et très profondément, les surrénales étaient atteintes (1).

(1) PAISSEAU et LEMAIRE. — *Gazette Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 octobre 1916.

Dans le numéro de la *Presse Médicale* du 4 décembre 1916, les mêmes auteurs fixaient les modes cliniques de l'affection à la période secondaire (1).

En 1917, MM. Monier, Vinard et Caillé, étudient la tension artérielle chez les paludéens et en tirent comme déduction, la fréquence des altérations surrénales chez ces malades (2).

Dans la même année, MM. Garin, Sarrouy et Pouget (3) étudient les syndromes surrénaux frustes au cours du paludisme secondaire et mettent bien en évidence le rôle de ces lésions dans les convalescences traînantes, dans ces anémies profondes et rebelles à tout traitement consécutives aux accès palustres.

Anatomie pathologique et Pathogénie. — Qu'on aie à faire à l'insuffisance surrénale palustre suraiguë, aiguë ou subaiguë, les lésions des surrénales retrouvées à l'autopsie sont toujours très marquées et même ces glandes sont les plus profondément altérées parmi les viscères ayant subi les atteintes de l'infection palustre. A elles seules, elles expliquent la mort, ce sont d'ailleurs, souvent les seules lésions probantes à invoquer. Réserves faites avec les lésions du sang considérables. On observe, en effet, parfois 60 à 80 % de globules rouges parasités (4).

Ces lésions sont les lésions classiques des surrénalites

(1) PAISSEAU et LEMAIRE. — *Presse Médicale*, 4 décembre 1916.

(2) MONIER, VINARD et CAILLÉ. — *Presse Médicale*, 15 mars 1917.

(3) GARIN, SARROUY et POUGET. — *Progrès Médical*, 29 sept. 1917.

(4) M. GARIN a démontré que la mort survient fatalement quel que soit le traitement, chez les Paludéens, quand 40 % des globules rouges sont atteints.

aiguës dégénératives ou hémorragiques. Histologiquement, on retrouve les signes d'un hypofonctionnement.

Bactériologiquement, les capillaires de la glande et la glande elle-même sont bourrées d'hématozoaires qui semblent même parfois « injecter » ces capillaires.

On peut donc invoquer, pour la pathogénie de ces syndromes surrénaux, la théorie glandulaire qui veut que la glande soit profondément atteinte dans sa structure intime et, par suite, ne puisse jouer son rôle antitoxique contre les poisons fabriqués d'une façon incessante au cours du travail musculaire.

A. Khoury (1) se demande cependant s'il ne faut pas, en temps de guerre, imputer plutôt l'asthénie et la diminution de tension artérielle au surmenage physique et à la dépression morale chez des militaires ayant épuisé leurs surrénales devenues insuffisantes à supporter le choc de l'infection palustre.

A notre avis, les autopsies de MM. Paiseau et Lemaire semblent bien prouver que c'est aux lésions de la glande (embolies parasitaires, hémorragies consécutives), que sont dus ces troubles divers et ces morts brusques et foudroyantes parfois.

Symptômes. — D'après les mêmes auteurs, nous distinguerons trois formes : suraiguë, aiguë ou subaiguë auxquelles nous ajouterons les formes frustes décrites par MM. Garin, Sarrouy et Pouget.

(1) KHOURY. — *Presse Médicale*, 15 mars 1917.

A. — FORME SURAIGÜE

Le syndrome surrénal palustre à forme suraiguë, revêt plusieurs modes cliniques. Ce sont des accès généralement terminés par la mort : a) accès comateux ; b) accès algides ; c) accès cholériformes.

a) DANS L'ACCÈS COMATEUX, le malade est prostré, presque sans connaissance ; la température qui, au début, est très en dessous de la normale, s'élève brusquement pour redescendre ensuite jusqu'à l'hypothermie ; de même, le pouls, au fur et à mesure que la température s'abaisse, devient de plus en plus faible. On obtient facilement la raie de Sergent. Jusqu'à la période ultime, les bruits du cœur sont normaux quand le malade succombe dans un état comateux et profondément asthénique.

b) DANS L'ACCÈS ALGIDE, la symptomatologie devient nettement surrénale. La fièvre est d'abord très élevée, avec troubles nerveux intenses, délire et hallucination se succèdent sans trêve, puis la température s'abaisse à 36, le malade tombé dans le collapsus algide, la face et les extrémités se cyanosent, le pouls est hypotendu, la ligne blanche surrénale est très nette. En même temps, des symptômes digestifs complètent le tableau, le malade vomit et a de la diarrhée. Il succombe dans le collapsus.

c) Quant à l'ACCÈS CHOLÉRIFORME, les symptômes précédents s'exagèrent, le malade est dévoré d'une soif inextinguible, il maigrit à vue d'œil, de la face surtout, la peau est sèche, des crampes et des fourmillements des jambes apparaissent, puis la face tend à se cyanoser ainsi

que les extrémités ; en même temps, la température superficielle s'écarte de la température centrale jusqu'à l'extrême hypothermie, les pieds et les mains sont glacés, la tension artérielle baisse, le pouls étant affaibli et la circulation périphérique bien ralentie, l'excrétion de l'urine est presque supprimée.

Le malade est anéanti, en proie à une violente dyspnée, il meurt par épuisement de l'organisme ou quelquefois dans une sorte de sidération.

B. — FORME AIGÜE

Dans la forme aiguë d'insuffisance surrénale palustre, le malade est sans force, sans réaction, sans volonté, le pouls est accéléré à 100 ou 110, il est petit et hypotendu. La ligne blanche surrénale est très nette. Peu de troubles digestifs.

Dans cette forme, l'adrénaline est très efficace et peut empêcher l'issue fatale.

C. — FORME SUBAIGÜE

Avec la forme subaiguë que nous avons eu nous-même l'occasion de suivre à l'Hôpital de Paludéens de Modane, le tableau clinique est moins effrayant : le malade est pâle, exsangue, les conjonctives et les muqueuses sont décolorées. Il n'a aucun appétit et vomit quand il mange. Il est sans forces et sans réaction pour tout travail. Son pouls dépressible et mou a une très basse tension (la tension minima est à 4, la tension maxima à 9 au sphygmomanomètre de Pachon. Il souffre de vives douleurs

lombaires et la peau et les muqueuses présentent une pigmentation caractéristique.

Cette forme rappelle très exactement le tableau clinique de la « cachexie primaire » de Grall où « l'atteinte surrénale se révèle par une asthénie profonde, une hypotension artérielle accentuée, des douleurs lombaires et de la pigmentation de la peau et des muqueuses. »

D. — FORMES FRUSTES.

Pour MM. Garin, Sarrouy et Pouget, il existe, en dehors des accidents initiaux de la malaria, des accidents surrénaux qui débute, en général, après les premiers six mois. Ils sont caractérisés par de la pâleur de la face et des conjonctives, une asthénie considérable, le poids s'abaisse rapidement chez ces malades.

En même temps que des troubles divers de la pigmentation cutanée existent des troubles des phanères, alopecie de la barbe et des cheveux, ongles fendillés, etc. Ces troubles de la pigmentation sont caractéristiques. Le teint est bronzé et cette coloration est surtout marquée aux mains et à la face. La peau des mains est luisante et comme vernissée. Ces auteurs citent cinq observations où ils ont noté la dépigmentation de la face palmaire de la main nettement différenciée de la face dorsale pigmentée par une ligne de démarcation très franche, siégeant sur les deux bords externe et interne de la main.

Presque jamais ces taches brunes ne font défaut sur le tronc. On les trouve souvent au niveau d'une cicatrice ancienne. On peut observer du vitiligo sur la face, les bourses et sur le thorax.

La pigmentation des lèvres est des plus fréquentes (1/3 des cas environ), plus rares sont les taches ardoisées de la muqueuse buccale (1/4 seulement des surrénaux observés).

Des troubles circulatoires sont de règle. Au Pachon, les chiffres indiquant la tension artérielle sont très bas. La raie de Sergent est évidente. Le malade a de nombreux troubles digestifs.

Mais ce qui tranche surtout chez ce genre de paludéens, c'est la dépression profonde de l'organisme après les crises, c'est leur difficulté à revenir à leur état normal.

Très lente est leur convalescence, très lente l'amélioration de leur état général. On y parvient cependant en recourant à la cure d'altitude, aux arsenicaux et au fer. Quant à l'adrénaline, elle donne de grands succès dans ces formes surrénales frustes (voir tableau annexé).

Ces formes sont assez fréquentes chez les paludéens. 4 % environ des paludéens observés, présentaient ces syndromes frustes addisoniens.

Evolution et pronostic. — Que ce soit dans les syndromes suraigus, dans les syndromes aigus ou dans les syndromes frustes, l'évolution est toujours inquiétante. Dans ces derniers, la tuberculose guette le surrénal quand elle ne l'a pas elle-même façonné. Chez ces malades sans ressort, les maladies intercurrentes revêtent une extrême gravité.

Quant aux accès surrénaux d'ordre aigu, tous ne sont pas également graves : l'accès comateux laisse quelques chances de survie, l'accès algide est le plus menaçant, mais le danger ne résulte pas seulement des risques de

mort immédiate, il est encore dans la probabilité d'une rechute. D'autres accès viennent à la file si on n'agit pas vigoureusement à l'occasion du premier.

Tous révèlent l'atteinte profonde et l'affaiblissement extrême d'un organisme incapable désormais de résister à l'infection palustre. De plus, la tension artérielle très diminuée est capable, à elle seule, d'amener ou d'expliquer les gangrènes et la maladie de Raynaud qui viennent compliquer certaines malaria.

Diagnostic. — L'évolution si prompte des accès d'ordre aigu laisse peu de temps pour en méditer le diagnostic. On le fera bactériologiquement pour le choléra, avec certaines formes algides de dysenteries. On reconnaîtra aussi une insolation, un coma urémique ou diabétique.

Quant aux formes subaiguës ou frustes, la glycosurie, la rapidité de l'évolution feront éliminer le diabète bronzé, des signes de tuberculose pulmonaire coexistante, une différence notable dans la couleur de la pigmentation, un amaigrissement plus rapide feront faire le diagnostic de maladie d'Addison vraie.

Traitement. — Le traitement spécifique de cette complication sera l'adrénaline et les extraits surrénaux. Dans les formes frutes, 0.30 de glande fraîche en extrait sec, par exemple, la surrénine Byla ou X gouttes de la solution d'adrénaline Clin au 1/1000 prodie (1).

Enfin, Ch. Garin, dans sa pratique aux armées d'Orient, donnait dans les accès aigus, des injections intraveineuses de sérum artificiel quininé et adrénaliné.

(1) Voir tableau à la fin de ce chapitre.

Dans une ampoule de 250 ou de 500 centimètres cubes de sérum physiologique, on ajoutait 2 gram. ou 2 gr. 50 de quinine uréthane ou de formiate de quinine et cinq à dix gouttes de solution d'adrénaline Clin au 1/1000. Quelques bons résultats furent donnés par cette méthode.

Cette injection peut aussi se faire sous-cutanée avec peut-être moins de shock opératoire pour ces malades généralement dans le collapsus (1).^s

(2) Charles GARIN. — Communication orale.

Tableau des Poids et Tensions artérielles de paludéens à syndrome surrénal fruste soumis au traitement par l'adrénaline (1)

No du Lit	NOMS	POIDS		TENSION ARTÉRIELLE		
		À l'entrée à l'Hôpital	au 7 août 1917	Augmentation	au 4 juil. 1917	au 16 juil. 1917 au 7 août 1917
64.....	Soldat F.....	60 k.	60 k. 500	0 k. 500	Maxima 12 $\frac{1}{2}$ Minima 6	Maxima 14 Minima 7 $\frac{1}{2}$ Maxima 14 Minima 8
65.....	» C.....	67 k.	70 k. »	3 k. »	Maxima 13 Minima 7 $\frac{1}{2}$	Maxima 13 $\frac{1}{2}$ Minima 7 Maxima 15 $\frac{1}{2}$ Minima 9
67.....	» B.....	66 k.	68 k. 500	2 k. 500	Maxima 13 Minima 7	Maxima 14 $\frac{1}{2}$ Minima 8
68.....	» L.....	60 k.	62 k. »	2 k. »	Maxima Minima	Maxima 16 Minima 9 $\frac{1}{2}$
70.....	» B.....	68 k.	72 k. »	4 k. »	Maxima 13 Minima 6	Maxima 15 $\frac{1}{2}$ Minima 8 $\frac{1}{2}$ Maxima 14 Minima 7 $\frac{1}{2}$
71.....	» P.....	65 k.	68 k. 500	3 k. 500	Maxima 14 Minima 7	Maxima 14 $\frac{1}{2}$ Minima 8 $\frac{1}{2}$ Maxima 15 Minima 9
72.....	» B.....	72 k.	76 k. »	4 k. »	Maxima 14 Minima 7 $\frac{1}{2}$	Maxima 15 $\frac{1}{2}$ Minima 9
73.....	» C.....	55 k.	62 k. 500	7 k. 500	Maxima 13 $\frac{1}{2}$ Minima 6 $\frac{1}{2}$	Maxima 15 $\frac{1}{2}$ Minima 10
131.....	» M.....				Maxima 13 Minima 7	Maxima 14 $\frac{1}{2}$ Minima 8 $\frac{1}{2}$ Maxima 15 Minima 9

(1) Article de Garin Sarrouy et Pouget dans *Progrès médical*, 29 septembre 1917.

CHAPITRE V

Manifestations du paludisme sur le Thymus le Pancréas et l'Hypophyse

Nous nous excusons de suite d'avoir groupé, dans le même chapitre, des glandes aussi disparates, tant morphologiquement que fonctionnellement, mais les manifestations du paludisme sur ces organes sont encore peu étudiées et, dans ce chapitre, nous ne pourrions guère donner que des hypothèses ou des cas d'une extrême rareté qui ne méritaient pas un développement particulier pour chacune de ces glandes.

A. — THYMUS.

Nous n'avons retrouvé dans la littérature, aucune lésion paludique du thymus, ni aucune manifestation morbide pouvant être mise sur le compte de la malaria, sauf peut-être le rachitisme des cachectiques paludéens qui, d'après Mendel, est dû à une insuffisance du thymus.

D'après Oppenheimer, le paludisme causerait le rachitisme, dont l'étiologie est toujours douteuse. Enfin, il

nous semble possible par analogie avec les thymites syphilitiques, que cette glande soit le siège de processus inflammatoires dus aux toxines ou aux embolies parasitaires.

B. — PANCRÉAS.

Quant aux pancréatites palustres, si nous ne possédons sur elles aucun renseignement d'ordre clinique, elles existent cependant, la preuve nous en est fournie cette fois par l'anatomie pathologique, soit à la période secondaire, soit à la période primaire.

Nous lisons dans Catrin citant M. Lancereaux (1) :

« M. Lancereaux parle de la sclérose du pancréas accompagnée de sidérose » (paludisme chronique, p. 178). De même, MM. Grall et Marchoux (2), dans leur article sur les lésions macroscopiques du paludisme à la période primaire s'expriment ainsi : « Les lésions du pancréas, des capsules surrénales et des ganglions lymphatiques sont mal étudiées et consistent dans l'augmentation de consistance et de volume des appareils sécrétoires avec congestion et piqueté hémorragique des membranes d'enveloppe et des portions excrétoires dans les glandes où elles sont différenciées. »

Etant données ces « trouvailles d'autopsie », il est permis de penser que les lésions palustres du pancréas sont, au point de vue clinique, bien tolérées, discrètes dans leurs manifestations et à évolution très lente.

(1) CATRIN. — Paludisme chronique, p. 178.

(2) GRALL et MARCHOUX. — *Précis de Pathologie exotique*, p. 424.

C. — HYPOPHYSE.

Nous n'avons ni vu, ni retrouvé dans la littérature de manifestations hypophysaires du paludisme ; cependant, si nous relisons les peintures tracées à différentes époques de la cachexie palustre, nous sommes frappés des ressemblances de cette affection avec les signes cliniques du syndrome individualisé par Frolich en 1901, caractérisé par un aspect infantile, une agénésie des organes génitaux, une diminution de la sueur, des troubles trophiques des poils et des cheveux, un développement du pannicule adipeux.

Patrick Manson (1) cite le cas d'un cachectique de 25 ans qui avait la taille et le développement sexuel d'un enfant de 11 à 12 ans.

Laveran (2) signale que les conscrits de la Brenne (Indre), grand foyer de paludisme jadis, n'atteignaient pas autrefois la taille voulue par la conscription.

Une description du cachectique palustre de la Dombes, remontant à 1808, est intéressante aussi à ce point de vue : « Un teint pâle et livide, l'œil terne et abattu, les
« paupières engorgées, des rides nombreuses sillonnant
« la figure dans un âge où des formes molles et arrondies
« devaient seules s'y observer, des épaules étroites, des
« poitrines resserrées, un cou allongé, une voix grêle, une
« peau toujours sèche ou inondée de sueurs débilitantes,
« une démarche lente — vieux à trente ans, cassé et dé-

(1) Patrick MANSON. — *Traduction Française*, 1904, p. 120.

(2) A. LAVERAN. — *Paludisme et Trypanosomiase*. Paris, Baillière, 1914, p. 51 et 52.

« crépi à quarante — tel est l'habitant de la Dombes » (1).

L'hyperfonctionnement de l'hypophyse donnant l'acromégalie et le gigantisme, l'atrophie ou la sclérose de l'hypophyse peut fort bien provoquer ces arrêts de développement et troubles des sécrétions et des phanères. Ce qui semble pouvoir le faire admettre c'est que, dans les syndromes de Frolich, où a été faite une autopsie, on a toujours trouvé une tumeur hypophysaire.

Il faut remarquer cependant qu'il existe entre les diverses glandes endocrines, une certaine synergie et qu'il est fréquent d'observer des syndromes cliniques liés à des suractivités ou des insuffisances pluriglandulaires.

(1) Statistique du Département de l'Ain, 1808.



DEUXIÈME PARTIE

GLANDES D'ORIGINE ECTODERMIQUE.

I. — *Glande mammaire.*

II. — *Glandes salivaires.*

III. — *Glandes cutanées, glandes lacrymales.*

ADDENDA. — *Manifestations pluriglandulaires.*

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Manifestations du paludisme sur la glande mammaire

Il existe manifestement des rapports entre le paludisme secondaire et le développement de certaines hyperémies ou phlegmasies de la glande mammaire.

C'est, d'ailleurs, une manifestation rare du paludisme.

En 1887, Castellan signale quelques cas de mammites palustres et dont l'une coïncide avec une orchite. Il cite de même une mammité coïncidant avec un accès chez une femme qui guérit des deux manifestations, par la quinine (1).

Le Dantec (2) signale chez une nourrice paludéenne,

(1) CASTELLAN. — *Thèse de Montpellier*, 1887. V. observ. XI, p. 52.

(2) LE DANTEC. — *Précis de Pathologie exotique*, 2^e édit. 1905, p. 518.

un cas de mammite intermittente où l'hyperthermie était accompagnée de diminution ou d'augmentation de la sécrétion lactée. Celle-ci reprenait son débit normal une fois l'accès terminé.

Carnot et Bruyère (1) publient, en 1917, cinq cas de mammite palustre.

Le Professeur Garin en collaboration avec nous-mêmes publie, en 1917, cinq observations de mammites paludéennes (2).

H. de Brun (3), en 1918, étudie lui aussi quelques cas de mammites uni ou bilatérales, mais sans nous citer.

D'après tous ces auteurs, elles surviennent soit à l'occasion d'un accès, qu'elles suppléent même parfois soit dans l'intervalle des accès. Elles évoluent lentement, progressivement, d'une façon continue et ne paraissent pas modifiées par des accès consécutifs. Elles persistent longtemps et peuvent ou non s'accompagner de fonctionnement de la glande avec sécrétion de colostrum.

Aucune tendance en général à la suppuration.

Les réactions ganglionnaires sont de règle.

A l'occasion des accès se produit généralement une poussée congestive manifeste, qui se traduit par de la douleur avec irradiations dans l'épaule et dans la région thoracique.

H. de Brun a donné à ce symptôme douloureux, le nom de « *signe de la bretelle* » car, chez les malades

(1) CARNOT et BRUYÈRE. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} juin 1917.

(2) GARIN et COULLARD-DESCOS. — *Mammites paludéennes*. *Lyon Médical*, septembre 1917, p. 410.

(3) H. DE BRUN. — La mammite paludéenne. *Presse Médicale*, 22 août 1918, p. 430.

atteints de mammite, les frottements de la bretelle ou même d'une chemise empesée, sur le mamelon hyperémié, sont très douloureux.

La tuméfaction est, d'ailleurs, hors de proportion avec la douleur, d'ailleurs quelque notable que soit le gonflement, la glande n'y participe que peu.

L'aréole et le mamelon adhèrent complètement au tissu glandulaire et l'infiltration du tégument et du tissu conjonctif s'étend souvent assez loin (1).

Nous n'avons pas trouvé ni aucun autre auteur d'hématozoaires dans le colostrum.

En somme, affection bénigne, assez rare (cinq cas sur huit cents malades dans notre travail personnel) (2), à évolution lente et n'évoluant jamais vers la suppuration.

Traitement. — Des compresses chaudes agiront sur l'élément douleur. Un peu de compression ouatée et le traitement spécifique auront raison de l'affection qui est assez lente d'ailleurs à évoluer.

Observations

OBSERVATION VI

(personnelle).

Soldat C..., lit 85. Paludisme ayant débuté à l'A. O. en septembre 1915. Hospitalisé successivement dans plusieurs hôpitaux, puis à l'hôpital Desgenettes à Lyon, et entré enfin à l'hôpital de Modane, le 11 mai 1917.

(1) Voir Observation, page 50.

(2) GARIN et COULLARD-DESCOS. — La mammite paludéenne. *Lyon Médical*, septembre 1917.

A l'entrée, bon état général ; les digestions se font bien. La rate est un peu augmentée de volume et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Le foie est normal ainsi que le cœur et les poumons. Ni sucre ni albumine. Le malade attire l'attention sur sa mamelle droite, augmentée de volume et douloureuse. Il aurait vu apparaître cette mammite en avril 1917 à la suite d'une série de six accès fébriles en huit jours.

A l'examen, la mamelle droite est très développée, semblable à un sein d'adolescente, à la palpation qui est légèrement douloureuse, on sent, sous-jacente à l'aréole du sein, la glande de consistance cartonnée, du diamètre d'une pièce de 2 francs. L'aréole est rouge vif et cette rougeur s'étend plus loin que l'aréole à 3 centimètres environ. A noter sur l'aréole, des tubercules de Montgomery très apparents. Dans l'aisselle du même côté, on trouve trois ganglions durs et indolores de la grosseur d'un pois chiche, sur le bord externe du grand pectoral. A la pression, il ne s'échappe pas, jusqu'à présent, de colostrum.

22 juin. — Le malade présente toujours de la mammite à droite. Mais, depuis hier, apparition de phénomène analogue du côté gauche. La pression est plus douloureuse de ce côté ; il n'y a pas d'adénopathie de l'aisselle gauche. Les tubercules Montgomery sont apparents, mais moins nombreux et moins volumineux. Le mamelon est turgescent. Pas de colostrum. Cette seconde poussée mammaire n'est pas venue à la suite d'un accès fébrile.

2 juillet. — Actuellement, mêmes symptômes que précédemment. Le malade qui vient d'avoir un accès, prétend qu'il a éprouvé d'assez vives douleurs au niveau des deux mamelons, à la période de frisson.

OBSERVATION VII

(personnelle).

Soldat D., lit 53. Paludisme en Orient, le 8 juillet 1916. Soigné successivement dans plusieurs hôpitaux, puis à l'Hôtel-Dieu à Lyon. Entré le 14 mai à l'hôpital de Modane.

A l'entrée, le malade paraît en bon état. La rate seule est un peu grosse. Rien aux autres organes, ni sucre ni albumine.

Examen du sang : *Plasmodium falciparum* + *Pl. vivax*.

Le 5 juin, après un accès fébrile, le malade a une poussée de mammite à gauche. L'aréole du sein gauche paraît plus large qu'à droite. Pas de tubercules de Montgomery apparents. Le mamelon est turgescent. A la palpation, on sent la glande dure, de consistance cartilagineuse, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Elle est doulou-

reuse à la pression. En comprimant la glande entre les doigts, on fait sourdre un peu de liquide séreux. Ce liquide est examiné en coloration vitale au bleu métachromatique à 2/30, après la coloration à la thionine phéniquée, et après coloration au Gram. On y trouve des cellules polygonales à noyaux ovalaires, présentant un ou deux nucléoles, sans inclusions graisseuses dans le protoplasme. Ces cellules paraissent provenir de la desquamation des canaux galactophores. On y trouve aussi de grosses cellules à noyau réduit, à protoplasme bourré de granulations graisseuses, teintées en brun par l'iode, et qui sont des cellules de colostrum. Le liquide renferme aussi un grand nombre de débris nucléaires et quelques rares cellules rondes uninucléées inflammatoires.

On y trouve aussi quelques cristaux plats à contours scalariformes. Pas de microbes.

OBSERVATION VIII (résumée)

(personnelle).

Soldat B..., lit n° 74, 25 ans. Paludisme ayant débuté en juillet 1916 à l'A. O. A eu au début des séries d'épistaxis. A eu des séries d'accès à plusieurs reprises avant son entrée et depuis.

Il présente à l'entrée, le 18 juillet 1917, une augmentation de volume nette de la mamelle gauche. La glande est de la grosseur d'une noix. La pression est un peu douloureuse, mais ne fait pas sourdre de colostrum. Deux ou trois gros ganglions dans l'aisselle gauche.

Cette mammite est venue il y a trois mois, non à l'occasion d'un accès. Le malade se plaint d'éprouver au niveau du mamelon gauche une douleur assez vive pendant les accès.

2 août. — Depuis son entrée à l'hôpital de Modane, l'état de la mamelle gauche ne s'est pas modifiée.

OBSERVATION IX (résumée).

(personnelle).

Soldat M..., lit n° 281, 26 ans. Paludisme ayant débuté en août 1916 à l'A. O. A eu, au début, des épistaxis répétés.

A l'entrée le 9 juillet, il présente une mammite double ayant débuté à droite il y a trois mois, à gauche il y a un mois, non à l'occasion d'un accès.

Chaque mamelle présente une grosseur du volume d'une pièce

de quarante sous. Elles sont douloureuses à la pression. On ne peut faire sortir de colostrum ni à droite, ni à gauche.

L'aréole est fortement pigmentée, presque noire des deux côtés, les tubercules de Montgomery sont hypertrophiés. Il n'y a d'adénopathie marquée que dans le creux de l'aisselle gauche.

OBSERVATION X (résumée) (1)

(personnelle).

Soldat S..., lit n° 26. Paludisme ayant débuté en septembre 1916. Dernier accès le 2 juillet.

Entre à l'hôpital de Modane, le 8 juillet ; il présente une mammite du sein gauche. La glande est du volume d'une noix, douloureuse à la pression. Quelques ganglions hypertrophiés dans l'aisselle gauche.

Le malade ne peut préciser la date à laquelle a débuté cette mammite, qui ne le fait souffrir que très légèrement, et seulement pendant les accès.

OBSERVATION XI

(empruntée à la Thèse du Dr Castellan).

MAMMITE CHEZ UNE FEMME PALUDÉENNE (2).

Mme E..., habite la Guyane depuis un an. N'a jamais eu d'enfants. Depuis trois mois, elle a des accès de fièvre qui reviennent périodiquement tous les quinze jours.

A vu survenir sans qu'il y ait eu ni coup, ni chute, une induration de la mamelle du côté droit ; le sein est rouge et chaud, notablement gonflé. Cette inflammation est survenue à une date où se montraient les accès de fièvre.

L'affection a été guérie en neuf jours ; le sulfate de quinine a été pris tous les jours, le matin, à la dose de 0,75 ; cataplasmes, pommade belladonnée.

(1) Ces cinq observations extraites de « Mammite chez des soldats paludéens », par MM. GARIN et COULLARD-DESCOS. In *Lyon Médical*, septembre 1917, p. 410.

(2) Observation XIV de la Thèse de Castellan, page 31.

CHAPITRE II

Manifestations du paludisme sur les glandes salivaires

La malaria manifeste quelquefois son action sur les glandes salivaires, cette complication est, il est vrai, assez rare.

Par ordre de fréquence, des trois glandes parotide sous-maxillaire et sublinguale, c'est encore la glande parotide dont nous retrouvons le plus souvent relatée, l'inflammation.

Corre, Würtz et Thiroux en signalent l'extrême rareté.

Laveran (1) la signale ainsi : « La parotidite suppurée a été observée quelquefois à la suite d'accès graves de fièvre intermittente ou de la fièvre continue palustre ».

Il cite un exemple où la parotidite suppurée n'empêcha pas la guérison et en conclut que la suppuration était due évidemment à une infection secondaire.

MM. Paiseau et Lemaire (2) en signalent un cas au

(1) LAVERAN. — Paludisme et Trypanosomiase, 1914. p. 56.

(2) MM. PAISEAU et LEMAIRE. — In article *Presse Médicale*, 4 décembre 1916.

passage dans un article consacré aux lésions surrénales.

M. Laurent Moreau (1) publie quelques observations de parotidite palustre qu'il a vu dans un certain nombre de cas, compliquer des paludismes contractés en Macédoine.

Il note que certains auteurs classifiaient cette complication à la période de cachexie ; d'après lui, quelques notions plus précises ressortent des cas qu'il a observés :

1° L'apparition de la parotidite a lieu à toutes les périodes du paludisme, soit au cours du premier accès, sans que l'état général soit très atteint, soit au cours de la période cachectique ;

2° L'infection ne paraît pas être d'origine sanguine, mais se propage de la muqueuse buccale à la glande par le canal de Sténon ; la gingivite et la stomatite étant fréquentes dans le paludisme.

La collection une fois incisée, on trouve dans le pus, des streptocoques et de staphylocoques, hôtes habituels de la bouche ;

3° La parotidite est monolatérale mais, le plus souvent, bilatérale. Il est rare qu'elle n'aboutisse pas à la suppuration contrairement à ce qui a lieu dans la fièvre de Malte, la Dengue et le Béri-Béri.

Elle semble n'avoir aucun rapport avec l'orchite qui a été souvent observée dans le paludisme.

4° La guérison est toujours longue, s'accompagnant de décollements, de recessus purulents et de fistules. Elle dépend comme d'habitude de l'état général du sujet qui est précaire dans les formes graves du paludisme, ces der-

(1) Laurent MOREAU. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*,
Séance du 12 octobre 1917.

nières offrant un terrain tout préparé à l'infection que favorisent encore l'encombrement, l'absence de soins hygiéniques.

5° La collection étant évacuée, des hémorragies secondaires sont à craindre par ulcération des vaisseaux et, dans certains cas, la ligature des deux carotides externes a dû être pratiquée. Outre les paralysies faciales qui ont été parfois observées, il est rare, si la suppuration persiste, que le sujet ne présente de l'arthrite des articulations temporo-maxillaires.

Dans les cas les plus bénins, la radiographie met en évidence un degré souvent très marqué de décalcification des condyles du maxillaire inférieur.

6° La prophylaxie de cette affection réside dans l'antisepsie buccale, les injections de sérum utiles par ailleurs dans le paludisme pour lutter contre l'hypotension, qui s'opposeront à la déshydratation du malade et empêcheront l'assèchement de la muqueuse buccale.

Les sels de morphine diminuant la sécrétion salivaire, seront employés avec précaution.

Si l'on est désarmé contre les sudations abondantes, au moins pourra-t-on lutter contre les vomissements. En somme, toute cause de déshydratation devra être combattue comme favorisant l'infection ascendante.

Voici les deux observations publiées par M. Laurent Moreau :

OBSERVATION XII

(empruntée à M. Laurent Moreau) (1)

G... Louis, 33 ans, soldat, dix-neuf mois de séjour en Orient.

Premier accès de paludisme le 22 août 1916, hospitalisé dans une ambulance où les accès se reproduisirent. Apparition d'une parotidite double au début d'octobre. Suppuration rapide à droite. Incision. Rapatrié fin octobre. Sujet anémié, subictérique, amaigri (a perdu 20 kilogs depuis août), foie congestionné et douloureux. Fluctuation nette à gauche. Incision. Issue de pus sanguinolent.

Examen du pus : Polynucléaires, streptocoques, râles de bronchite à droite.

Au début de novembre, nouvel accès de paludisme qui dure trois jours. Examen du sang : Hématozoaires de la tropicale (schizontes). Le gonflement parotidien est très accentué des deux côtés, soulevant les deux lobules de l'oreille ; la plaie de droite qui suppure peu, est occupée par un tissu bourgeonnant frai de grenouille ; la plaie de gauche suppure abondamment. Inflammation de la muqueuse gingivale ; la pression ne peut pas sourdre de pus dans la bouche par le canal de Stenon. Les urines ne contiennent pas de sucre, mais 0 gr. 05 d'albumine par litre.

16 novembre. — Rétention purulente à gauche. OEdème des paupières et de la joue de ce côté, fièvre. Evacuation d'une collection purulente profonde.

19 novembre. — Accès paludéen franc. La fièvre disparaît à la fin de novembre. La suppuration parotidienne diminue ; elle est presque nulle au milieu de novembre ; drainage filiforme, cicatrisation progressive, mais une fistule persiste des deux côtés, lors de l'évacuation du malade sur une autre formation.

OBSERVATION XIII

(empruntée à M. Laurent Moreau) (2)

F... Jean, 24 ans, soldat d'infanterie sur le front d'Orient depuis deux mois.

(1) LAURENT MOREAU. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 octobre 1917.

(2) LAURENT MOREAU. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 octobre 1917.

14 novembre 1916. — A Monastir, premier accès de fièvre qui dure douze jours. Apparition d'une parotidite double suppurée à Salonique ; double incision ; hémorragie secondaire, qui oblige à pratiquer une ligature des deux carotides externes. Rapatrié à la fin de décembre. Fièvre élevée, suppuration abondante à droite, paralysie faciale de ce côté. Pouls à 100 pulsations, Suintement sanguin persistant du côté droit. Hémorragies intermittentes nécessitant la mise de pinces à demeure. Cicatrisation progressive des deux plaies. Fistule à droite. Mastication douloureuse.

La radio indique de l'ostéite du condyle droit ou maxillaire inférieur avec notable décalcification. Fistule persistante et paralysie faciale stationnaire quand le malade est évacué. Pas de troubles consécutifs à la ligature des deux carotides externes.

GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET SUBLINGUALE.

Le professeur Garin (1) a observé deux cas de congestion de la glande sous-maxillaire avec participation de la sublinguale, évoluant sans suppuration, coïncidant et disparaissant avec l'accès sous l'influence de la quinine.

Je n'en ai pas retrouvé d'autre observation dans la littérature.

Les symptômes étaient la tuméfaction assez notable de ces glandes, la douleur sourde et très exagérée par la palpation ; un peu d'hyperfonctionnement de la glande se traduisant par du ptyalisme.

(1) Prof^r GARIN. — Communication orale.

CHAPITRE III

Manifestations du paludisme sur les glandes cutanées et sur les glandes lacrymales

A. — GLANDES CUTANÉES.

Les glandes cutanées sont peut-être, parmi toutes les glandes, celles qui sont influencées de la façon la plus constante par le paludisme.

Pendant les accès, la constatation à la période de sudation d'un véritable ruissellement chez certains paludéens, alors que d'autres se contentent d'une simple moiteur, est une preuve de l'hyperfonctionnement des glandes sudoripares.

C'est parfois un phénomène déconcertant que ce ruissellement, ce flot de sueurs qui baigne le paludique, transperçant draps et matelas, enveloppant le malade de vapeurs même au cours du plus rigoureux hiver.

Bien qu'abondante, la sudation des maladies infectieuses, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu n'offre pas un tableau aussi saisissant.

Cette hyperhydrose est quelquefois aussi un des symp-

tômes de la cachexie palustre, ces cachectiques sont presque constamment baignés d'une sueur visqueuse, tachant le linge sur lequel elles laissent une couche pulvérulente indiquant des troubles d'urhydrase.

Les gandes sudoripares participent donc à l'infection générale palustre. Par quel mécanisme ? Il est probable que les toxines microbiennes mises en liberté agissent sur les éléments nerveux qui commandent ces glandes.

La sueur exagérée ou nulle des membres ou des territoires atteints de névrites toxiques et, dans certains cas, dans les névrites palustres, est assez probante à ce point de vue.

Peut-être aussi ne s'agit-il que de phénomènes de congestion comme nous l'avons vu pour les autres glandes.

Chez les paludéens, les sécrétions cutanées paraissent jouer le rôle de sécrétions vicariantes d'où la fréquence des éruptions de tout ordre chez ces malades, les miliaires de variété rouges, cristallines, blanches ou jaunes si bien étudiées par le Professeur Renaut de Lyon, les vésicules d'herpès (1) si constantes dans le paludisme, ne sont que des manifestations le plus souvent infectées de cette hypersécrétion sudorale vésicante.

Quant aux glandes sébacées, leur inflammation donne bien lieu à quelques poussées d'acné et de furonculose, mais l'inflammation et la suppuration de ces glandes ne paraît pas liée à des troubles d'origine interne, mais bien à l'action constante du liquide sudoral mise à profit par les microbes et saprophytes ordinaires de la peau.

(1) GARIN et COULLARD-DESCOS. — L'Herpès critique paludéen. *Progrès Médicol.*, juillet 1917.

B. — MANIFESTATIONS DU PALUDISME SUR LES GLANDES
LACRYMALES

Nous nous excusons de placer dans le même chapitre que les glandes cutanées, les glandes lacrymales qui n'ont rien de commun avec elles, mais la seule observation de manifestations paludéennes sur les glandes lacrymales que nous possédons, ne valant pas, du moins par ses dimensions, l'hospitalité d'un chapitre à elle entièrement consacré, nous nous permettons de lui donner, ici, asile. Nous n'avons comme références qu'une seule observation de Patrick Manson citée par Grall et Marchoux (1). Il s'agissait d'une hypercrinie lacrymale considérable. Ce larmolement survenu au cours de l'accès, se termina en même temps que lui sous l'influence de la quinine.

Les paludéens en accès ont, d'ailleurs, constamment les yeux rouges et larmoyants, à quelque période de l'accès que ce soit.

(1) GRALL et MARCHOUX. — *Traité de Pathologie exotique*, 1910, page 367.

ADDENDA

Manifestations pluriglandulaires du paludisme

En lisant les nombreux auteurs dont les noms sont cités à notre bibliographie, nous avons réuni quelques manifestations pluriglandulaires qu'il nous a paru intéressant de grouper en « addenda » à ces chapitres.

C'est d'abord une observation d'orchite et de mammite survenues simultanément chez le même paludéen (1).

Une observation (2) d'un syndrome de Quincke chez un ancien paludéen que nous croyons due à une association thyroïdienne et parathyroïdienne.

Enfin, à notre point de vue, la cachexie palustre dérive de modifications profondes des diverses glandes endocrines entre lesquelles Roger reconnaît une certaine synergie ; celle-ci, troublée, interviennent secondairement des modifications humorales transitoires ou permanentes sous l'influence desquelles le paludéen présente les phénomènes

(1) Voir Observation, page 62.

(2) Voir Observation, page 23.

nes si complexes, surrénaux aussi bien qu'hépatiques, spléniques aussi bien que rénaux, intestinaux thyroïdiens, hypophysaires, etc.; que synthétise la cachexie palustre.

Il appartient à l'avenir de découvrir des syndromes pluriglandulaires tels que le syndrome adipo-génital par exemple, etc. ; malheureusement, jusqu'à présent, les observations manquent de cas de cette nature.

OBSERVATION XIV

(empruntée à la Thèse du D^r Castellan).

MAMMITE ET ORCHITE CHEZ LE MÊME PALUDÉEN (1).

M. Y..., médecin de marine, est à Saïgon depuis plusieurs mois. A eu quelques accès de fièvre.

Au mois de novembre 1884, a vu survenir un engorgement marqué du mamelon et de l'aérole du côté gauche. Par la palpation, on perçoit un point induré mobile sous le doigt ; le décubitus du côté malade est impossible.

L'inflammation s'est établie spontanément sans qu'il y ait eu choc, ni traumatisme quelconque. Le sulfate de quinine est pris à la dose d'un gramme. Employé consécutivement et à la même dose pendant trois jours, il se produit de l'amélioration ; le gonflement diminue de volume, les douleurs deviennent moins vives. Néanmoins, malgré de nouvelles quantités de ce médicament prises de temps à autre, la guérison tarde à venir, l'induration n'a que légèrement diminué.

Deux mois après, cet état persistait encore quand M. Y... est atteint sans cause appréciable, d'orchite du côté gauche ; pas d'antécédents blennorragiques, pas de fatigue antérieure, pas de traumatisme pouvant expliquer l'apparition de cette orchite. Mais, en même temps, disparaissent les quelques symptômes inflammatoires qui existaient encore du côté du mamelon. Il y a donc eu métastase.

L'orchite fut guérie en cinq jours par la quinine.

(1) Observation XII de la Thèse de Castellan, p. 29.

CONCLUSIONS

1° Le paludisme semble bien capable de frapper les différentes glandes ;

2° L'action pathologique du paludisme semble surtout nettement établie en ce qui concerne les surrénales, les glandes génitales, le corps thyroïde, d'une part, les glandes sudoripares et salivaires d'autre part ;

3° Les œdèmes sans albuminurie au cours du paludisme sont peut-être attribuables à des modifications du corps thyroïde. Ces œdèmes seraient, dans ce cas, à rapprocher des œdèmes de la cachexie strumiprive ;

4° L'action du paludisme est moins nettement établie en ce qui concerne l'hypophyse et le thymus ;

5° Le paludisme qui agit si profondément sur la rate,

ne paraît pas agir aussi fortement sur les ganglions lymphatiques ;

6° Jusqu'à présent, aucune observation de syndromes pluriglandulaires nets n'a été publiée, mais il est probable que l'avenir mettra au jour des faits de cette nature.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, P. COURMONT.
L'Assesseur,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} septembre 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation.

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
C. DEPERET.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET. — Traité des fièvres intermittentes. Paris 1835.
- CASTELLAN. — Influence du paludisme sur quelques organes glandulaires. *Thèse de Montpellier* 1887, n° 63.
- CATRIN. — Le Paludisme chronique. P. Rueff, 1892.
- CARNOT et BRUYÈRE. — Cinq cas de mammite paludéenne. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} juin 1917.
- CHARVOT. — Etude clinique sur l'orchite paludéenne. *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 613.
- DRAGO. — Considérations sur une variété d'orchite observée à la Guyane. *Thèse de Paris*, 1880.
- DESCOTES (abbé). — La Dombes d'étang est-elle insalubre ? *Bulletin Société Gorini, Bourg*, 1909.
- A. LE DANTEC. — *Précis de Pathologie exotique*, P. Doin, 1905.
- GARIN et COULLARD-DESCOS. — Mammites paludéennes. *Lyon Médical*, septembre 1917.
- GARIN et COULLARD-DESCOS. — L'Herpès critique paludéen. *Progrès Médical*, juillet 1917.
- GARIN, SARROUY et POUGET. — Syndromes surrénaux paludéens frustrés. *Progrès Médical*, 29 septembre 1917.
- GRALL et CIARAC. — *Traité de Pathologie exotique clinique et thérapeutique*. Paris Baillière 1910.
- GRASSI. — *Die Malaria*. 2^{te} Auflage. Jéna, Fischer, 1903.
- GIRERD. — Manifestation du Paludisme sur les organes génitaux. *Thèse de Paris*, 1884.
- JEANSELME et RIST. — *Précis de Pathologie exotique*. Paris, Masson 1909.
- LAVERAN. — *Traité du Paludisme*. Edition 1898. Paris, Masson et 1914 Baillière.

- LASSABATIE. — De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux aux pays chauds. *Thèse de Bordeaux* n° 1, 1887.
- LEROY. — Aperçu historique et clinique sur l'origine de certaines complications du paludisme à la Réunion. *Thèse de Bordeaux* n° 4, 1887.
- Laurent MOREAU. — Parotidites suppurées d'origine palustre. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 octobre 1917.
- Patrick MANSON. — Maladie des pays chauds. Traduction française, P. Naud 1904.
- MAGNANI. — *Gazette Médicale Lombarde*, 1887.
- PAISSEAU et LEMAIRE. — Syndromes surrénaux paludéens. *Presse Médicale*, 26 octobre 1916 et 4 décembre 1916.
- P. RAVAUT. — Traitement du Paludisme. Collection Horizon, 1918.
- SERVAS (Dr). — Les étangs de la Dombes et le Paludisme. *Société d'Emulation de l'Ain*, Bourg 1907.
- TARTENSON. — *Traité clinique des fièvres larvées*. Paris, P. Alcan 1887.
- THUREL. — Le Paludisme dans la Dombes. *Thèse de Lyon* 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Glandes vasculaires internes.</i>	
CHAPITRE PREMIER. — Glandes génitales.....	9
CHAPITRE II. — Corps thyroïde et parathyroïdes.....	18
CHAPITRE III. — Ganglions lymphatiques et organes lymphoïdes	26
CHAPITRE IV. — Glandes surrénales.....	30
CHAPITRE V. — Thymus, Pancréas, Hypophyse.....	40
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Glandes d'origine ectodermique.</i>	
CHAPITRE PREMIER. — Glandes mammaires.....	47
CHAPITRE II. — Glandes salivaires.....	53
CHAPITRE III. — Glandes cutanées, glandes lacrymales.....	58
ADDENDA. — Manifestations pluriglandulaires.....	61
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

